

## 令和4年度 公認4段位・5段位審査会 健康管理チェックシート & 連絡先確認票

令和4年度 公認4段位、5段位審査会の参加について、同意のうえ健康管理チェックシートを提出します。

<参加形態> 受審者 ・ 審査員 ・ 役員 ・ 係員

健康管理チェックシート		
フリガナ	生年月日	
氏名	年 月 日 ( 歳 )	
住所 〒	連絡のつく電話番号	
メールアドレス		
所属都県連盟	審査会当日の入館時の体温 10/9	° C

◎審査会前1週間における健康状態				※朝晩の体温を記入して下さい			
月 日	10月3日	10月4日	10月5日	10月6日	10月7日	10月8日	10月9日
起床後	° C	° C	° C	° C	° C	° C	° C
就寝前	° C	° C	° C	° C	° C	° C	° C

**本確認用紙は、全日本空手道連盟のプライバシーポリシーに則り、目的以外の使用を一切行わず、一ヶ月経過後に責任を持って破棄いたします。**

審査会前1週間における以下の事項の有無(該当するものに✓点をしてください)

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ・平熱を超える発熱(おおむね37.5° C)                                       | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・咳・喉の痛みなど風邪の症状   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・嗅覚や味覚の異常  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・体が重く感じる、疲れやすい等  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・新型コロナウイルス感染症陽性者とされた者との濃厚接触                                  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる                                      | <input type="checkbox"/> いる | <input type="checkbox"/> いない |
| ・過去7日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触があるか | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |